nster.1930 № Med Dis

Aus der Psychiatrischen u. Nervenklinik der Universität
zu Münster i. W.
(Direktor: Professor Dr. F. Kehrer.)

DIE MERALGIA PARAESTHETICA.

INAUGURAL-DISSERTATION
zur
Erlangung der Doktorwürde der Hohen Medizinischen
Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität
zu Münster i. W.

von

Wilhelm Klimke
aus Essen.

1 9 3 0

Gedruckt in der Dissertations-Druckerei Robert Kleinert in Quakenbrück

Dekan: Professor Dr. P. Esch.
Referent: Professor Dr. Kehrer.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster i. W.

Die Meralgia paraesthetica.

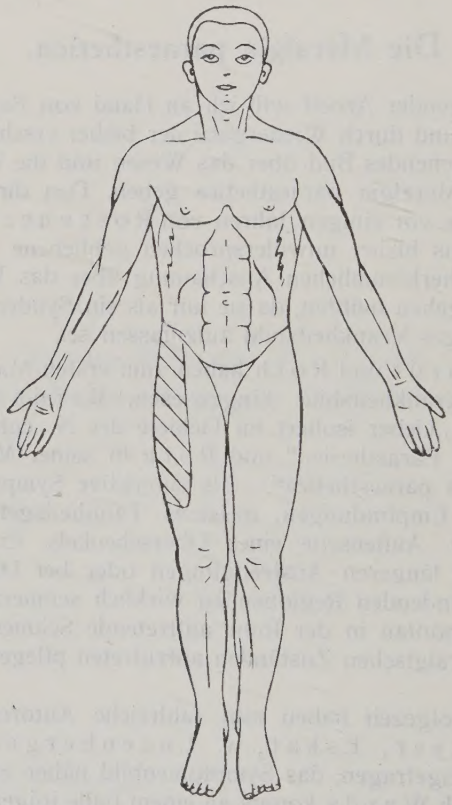
In vorliegender Arbeit will ich an Hand von Beobachtungen eigener Fälle und durch Wiedergabe der bisher erschienenen Literatur ein eingehendes Bild über das Wesen und die Entstehungsursache der Meralgia paraesthetica geben. Den direkten Anlaß dazu bietet die vor einigen Jahren von Rosenheck geäußerte, meines Wissens bisher unwidersprochen gebliebene Ansicht, daß wir von der herkömmlichen Anschauung über das Wesen dieser Krankheit abgehen müßten, da sie nur als ein Syndrom und nicht als selbständiges Krankheitsbild aufzufassen sei.

Bernhardt und Roth haben zum ersten Male auf dieses interessante Krankheitsbild hingewiesen, Bernhardt durch seine Arbeit: „Ueber isoliert im Gebiete des N. cutan. fem. ext. vorkommende Parästhesien" und Roth in seiner Monographie: „Die Meralgia paraesthetica". Als subjektive Symptome fanden sie abnorme Empfindungen, meistens Taubheitsgefühle an der Vorder- bezw. Außenseite eines Oberschenkels, Empfindungen, die erst nach längeren Anstrengungen oder bei Druck auf die abnorm empfindenden Regionen zu wirklich schmerzhaften wurden. Ueber spontan in der Ruhe auftretende Schmerzen, wie sie sonst bei neuralgischen Zuständen aufzutreten pflegen, wurde nie geklagt.

In der Folgezeit haben nun zahlreiche Autoren (Näcke, Freud, Hayer, Eskat, v. Luzenberger, Warda u. a.) dazu beigetragen, das Symptomenbild näher zu umgrenzen und namentlich Warda konnte an einem Falle folgende objektive Symptome herauskristallisieren:

1. Starke Herabsetzung der Berührungsempfindung, wobei aber tiefer Druck gut lokalisiert wurde,
2. Hypalgesie für Nadelstiche,
3. starke Herabsetzung der Temperaturempfindung,
4. spontane Schmerzen nach längerer Reizung der Haut und
5. durchschießender Schmerz bei Druck auf den Nerven dicht unterhalb der Spin. iliaca. ant. sup.

Ferner fanden fast alle Autoren, wie schon Bernhardt, daß in der Ruhe nur abnorme Empfindungen und keine Schmerzen übrig blieben; so wurde das Reiben der Wäsche unangenehm empfunden oder beim Herüberstreichen mit der Hand fühlte sich



die Haut an der Außen- bezw. Vorderfläche eines Oberschenkels „pelzig" an, und zwar meistens nur an der Grenze zwischen mittlerem und unterem Drittel. Bei Bewegungen und bei Anstrengungen dagegen schmerzte meistens die ganze Vorder- und Außenfläche eines Oberschenkels heraufreichend bis zum Lig. Pouparti unerträglich, „wie wenn tausend Nadeln stechen".

In einer späteren Veröffentlichung gab dann Bernhardt noch bekannt, daß er die gleichen Symptome bei einem 50jährigen Tabiker nachweisen konnte, doch traten sie bei diesem auch im

Liegen auf, weshalb er rät, in jedem Falle eine genaue allgemeine und neurologische Untersuchung vorzunehmen, um keine anderweitige Nervenkrankheit zu übersehen.

Aus dieser Veröffentlichung Bernhardts geht unzweideutig hervor, daß er der ganzen Krankheit ein selbständiges Gepräge geben wollte, daß also der Krankheitsherd einzig und allein auf den Nerv. cutan. fem. ext. beschränkt sein soll und daß die Symptome nicht Ausfluß eines allgemeinen Nervenleidens sind.

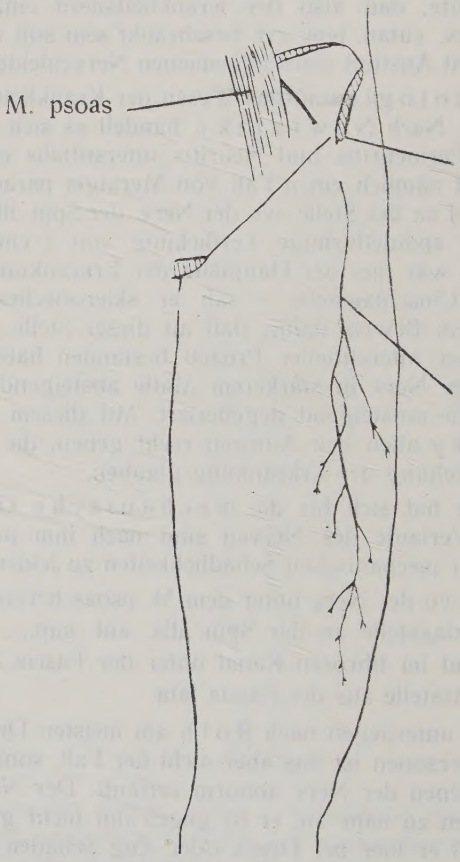
Um die Aetiologie und das Wesen der Krankheit ist viel gestritten worden. Nach Nawratzky handelt es sich path.-anat. um eine Perineuritis und Neuritis interstitialis et parenchymatosa. Er hat nämlich einen Fall von Meralgia paraesthetica obduziert und fand an der Stelle, wo der Nerv der Spin. iliaca ant. sup. anliegt, eine spindelförmige Verdickung von 1 cm Länge. Histopathologisch war hier der Hauptsitz der Erkrankung. Dicht davor — an der Umschlagstelle — sah er sklerotisches Bindegewebe, für ihn ein Beweis dafür, daß an dieser Stelle ein sehr alter umschriebener interstitieller Prozeß bestanden haben muß. Weiterhin war der Nerv in stärkerem Maße absteigend und in schwächerem Maße aufsteigend degeneriert. Mit diesem Befunde will Nawratzky allen den Autoren recht geben, die an eine mechanische Entstehung der Erkrankung glauben.

Schon Roth hat sich für die mechanische Genese eingesetzt. Im Verlaufe des Nerven sind nach ihm besonders 4 Stellen, die unter mechanischen Schädlichkeiten zu leiden haben:

1. Die Stelle, wo der Nerv unter dem M. psoas hervorkommt,
2. die Umschlagstelle an der Spin. ilia. ant. sup.,
3. sein Verlauf im fibrösen Kanal unter der Fascia lata und
4. die Austrittsstelle aus der Fascia lata.

Diese Stellen unterliegen nach Roth am meisten Druck und Zug. Bei allen Personen ist das aber nicht der Fall, sondern nur bei solchen, bei denen der Nerv abnorm verläuft. Der Nerv liegt dann dem Knochen zu nahe an, er ist gegen ihn nicht genügend gepolstert, so daß er hier bei Druck oder Zug Schaden erleidet. Miller nahm z. B. eine solche Druckschädigung bei einer Kranken an, die ein ungeeignetes Korsett trug oder auch Benda bei einem Kranken, der seine Hose statt mit einem Träger mit einem Ledergürtel festhielt. Sie kamen beide zu dieser Erklärung, weil nach Beseitigung des unpassenden Kleidungsstückes die vorher sehr heftigen neuralgiformen Attacken wieder verschwanden. Nicht anders als eine mechanische Schädigung sind auch die

Fälle, die von Traugott, Adler, Näcke u. a. berichtet werden, aufzufassen, in denen die Parästhesien, verbunden mit mehr oder weniger heftigen Schmerzen, bei Menschen auftraten, welche von Berufs wegen zu längerem Stehen und Gehen verurteilt sind, also bei Schlossern, Förstern, Musikern u. a. Bei ihnen

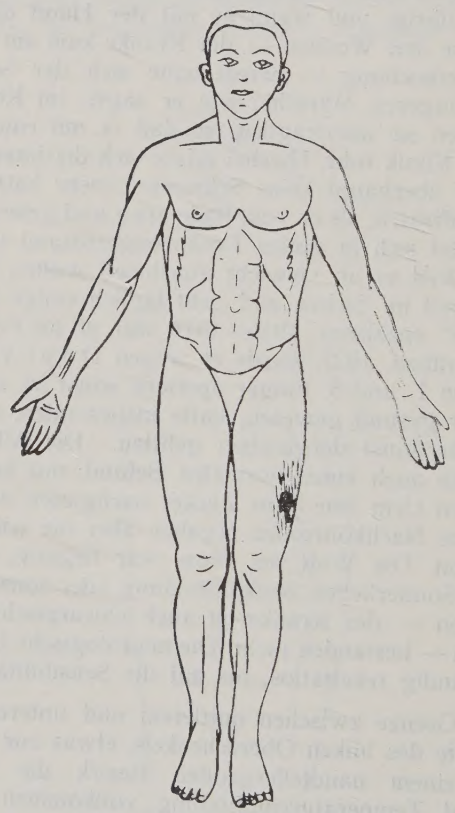


ist, wie Adler meint, im Stehen und Gehen die Fascia lata straff gespannt und drückt und zerrt so an dem Nerven, der ein kurzes Stück (etwa 4 cm) unter ihr verläuft. Er konnte mit Recht zu dieser Erklärung kommen, da die heftigsten Schmerzen im Sitzen, als die Fascie also entspannt war, sofort verschwanden. Das schädigende Moment fiel auf diese Weise fort. Ich kann hierfür ein selbst beobachtetes, treffendes Beispiel geben:

Fall 1. Ein 56 Jahre alter Obersekretär bekam vor 2 Jahren ein paar Tage lang nach einem Marsche stechende Schmerzen an der Außenseite des linken Oberschenkels, die aber auf Einreibungen und Schonung wieder verschwanden. An ihrer Stelle blieb ein totes Gefühl übrig, und wenn er mit der Hand darüber fuhr, kitzelte es. Vor drei Wochen — der Kranke kam am 27. Februar 1927 zu Untersuchung — wiederholte sich der Schmerzanfall nach einem längeren Marsche, wie er sagte, im Kommistempo, und nun waren sie unerträglich, so daß er mit einem Fahrrade zu uns in die Klinik fuhr. Hierbei zeigte sich die interessante Tatsache, daß er überhaupt keine Schmerzen mehr hatte, daß diese erst wieder auftraten, als er vom Rade stieg und gehen mußte. Der Kranke befindet sich in gutem Ernährungszustand und neigt zu Fettansatz. Weil er an Gewicht abnehmen wollte, verrichtet er seine Büroarbeit im Stehen und geht täglich einige Stunden „im Kommistempo" spazieren. 1916—1918 war er im Felde und viel im Schützengraben. 1927 wurde er wegen Dupuytren'scher Kontraktur am 1. und 5. Finger operiert, sonst ist er Zeit seines Lebens immer gesund gewesen, hatte insbesondere nie an Rheumatismus oder sonst dergleichen gelitten. Die Allgemeinuntersuchung ergab auch einen normalen Befund, nur konnte im sofort gelassenen Urin eine Spur Zucker nachgiesen werden. Tagelang genaueste Nachkontrollen ergaben aber nie wieder eine positive Reaktion. Die WaR. im Blute war negativ, das Blutbild zeigte nichts Sonderliches. Senkfußbildung oder sonstige statische Veränderungen — der Kranke ist auch chirurgischerseits untersucht worden — bestanden nicht. Die neurologische Untersuchung verlief vollständig resultatlos, bis auf die Sensibilitätsprüfung:

An der Grenze zwischen mittlerem und unterem Drittel an der Außenseite des linken Oberschenkels, etwas zur Vorderfläche zu, war in einem handtellergroßen Bezirk die Berührungs-, Schmerz- und Temperaturempfindung vollkommen aufgehoben, in einem nach oben zu anschließenden gleich großen Bezirk, an Stärke allmählich abnehmend, abgeschwächt. Tiefer Fingerdruck auf die untere Partie wurde so empfunden, als ob die Haut an der Stelle ein fingerdickes, mit Nadeln bespicktes Brett wäre. Auf Wärmeapplikation und Schonung verschwanden die unangenehmen Schmerzen wieder und heute hat er wieder dasselbe tote oder taube Gefühl ebenso wie vor einigen Jahren. — Nachzutragen ist noch, daß der Kranke aus vollkommen gesunder Familie stammt, selbst früher nie ernstlich krank war, verheiratet ist und vollkommen gesunde Kinder hat.

Also auch in unserem Falle verschwanden — genau so wie Adler beobachtet hat — die Schmerzen im Sitzen auf dem Rade, als so die Fascia lata entspannt wurde. Auch wir folgern daraus, daß eine mechanische Störung die Parästhesien und



Schmerzen im Gebiet des Nerv. cutan. fem. ext. verursacht hat. Von unseren Fällen will ich nun noch zwei weitere mitteilen, die auf dieselbe Genese zurückzuführen sind.

Fall 2. Eine 23jährige Kranke, die in dem großen Haushalt ihrer Schwester sehr viel arbeiten muß und fast den ganzen Tag „auf den Beinen" ist, erkrankte vor 4 Wochen an ganz unerträglichen, stechenden Schmerzen an der Außenseite des rechten Oberschenkels, die sofort gemildert wurden, wenn die Kranke sich auf einen Stuhl setzte. Nach einer halben Stunde solcher Ruhe ver-

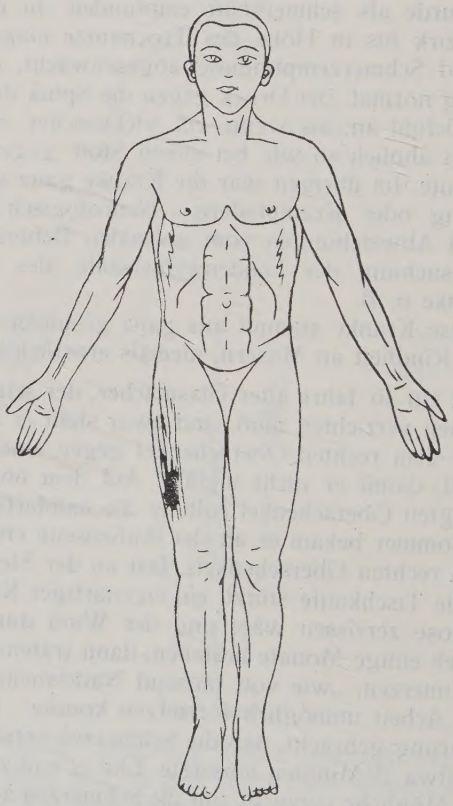
schwanden sie ganz. Bemerkenswerterweise hat sie an sich selbst beobachtet, daß sie, die gewöhnlich im Hause in Hausschuhen ohne Absätze herumläuft, geringere Schmerzen hat, wenn sie derbe Schuhe mit hohen Absätzen anzieht.

Die Untersuchung ergab an der Außenseite des rechten Oberschenkels, etwa im unteren Drittel, vollkommene Aufhebung der Temperatur-, Schmerz- und Berührungsempfindung, erst tiefer Nadelstich wurde als schmerzhaft empfunden. In dem darüberliegenden Bezirk bis in Höhe des Trochanter major waren Berührungs- und Schmerzempfindung abgeschwächt, die Temperaturempfindung normal. Bei Druck gegen die Spina iliaca ant. sup. gab sie ein Gefühl an, als wenn ein elektrischer Strom durchschieße, es sei ähnlich so wie bei einem Stoß gegen die innere Ellenbogenkante. Im übrigen war die Kranke ganz gesund. Keine Senkfußbildung oder Krampfadern. Neurologisch zeigten sich auch keinerlei Abweichungen vom normalen Befund. Urin o. B. Röntgenuntersuchung der Lendenwirbelsäule, des Beckens und der Hüftgelenke o. B.

Auch diese Kranke stammt aus ganz gesunder Familie, war, außer in der Kindheit an Masern, niemals ernstlich krank.

Fall 3 ist ein 46 Jahre alter Glasmacher, der seine Arbeit meistens im Stehen verrichten muß, und zwar steht er auf dem rechten Bein, mit dem rechten Oberschenkel gegen eine kleine Tischkante gepreßt, damit er nicht umfällt. Auf dem linken, im Hüftgelenk gebeugten Oberschenkel rollt er die halbfertigen Flaschen. Im vorigen Sommer bekam er an der Außenseite etwas unterhalb der Mitte des rechten Oberschenkels, fast an der Stelle, mit der er sich gegen die Tischkante stützt, ein eigenartiges Kältegefühl, als ob da die Hose zerrissen wäre und der Wind durchfege. Diese Sensation blieb einige Monate bestehen, dann traten unerträgliche, stechende Schmerzen, „wie von tausend Nadelstichen", hinzu, so daß er seine Arbeit unmöglich fortsetzen konnte. Er hatte aber bald in Erfahrung gebracht, daß die Schmerzen verschwanden, sobald er sich etwa 20 Minuten hinsetzte. Ehe er nun zum Arzt ging, hatte er alles Mögliche versucht, um die Schmerzen zu lindern. Aus der Erwägung heraus, daß der Druck gegen die harte Tischkante Schuld an seinen Schmerzen trüge, hatte er ein Kissen an der Tischkante befestigt, wogegen er sich lehnen konnte, es nutzte nichts. Dann ersetzte er den Tisch durch einen kleinen Bock und lehnte sich mit dem Unterschenkel an, doch gingen auch dadurch die Schmerzen nicht weg. Schließlich ging er zum Arzt, der ihn der Klinik überwies. Auch bei diesem Kranken fanden wir die

typischen Symptome der Meralgia paraesthetica und sonst nichts, trotzdem wir den Kranken nach allen Regeln der Kunst untersucht haben. Die WaR. war im Blute und Liquor negativ, auch sonst ergab die Liquoruntersuchung vollkommen normale Werte. Die Röntgenuntersuchung der Wirbelsäule, des Beckens und der Hüftgelenke verlief ebenso resultatlos wie die Urinuntersuchung.



Der Kranke hat Zeit seines Lebens an Rheumatismus gelitten, doch gibt er selbst an, daß die rheumatischen Schmerzen ganz anderer Natur seien als die jetzigen. Außer diesen Erkrankungen ist der Kranke früher niemals ernstlich krank gewesen. Er arbeitet seit 30 Jahren in demselben Betrieb und immer unter denselben Bedingungen. Da er die Ursache seines Leidens selbst erforschen möchte, hat er bei seinen Arbeitskollegen nachgefragt,

doch hat keiner von ihnen je etwas Aehnliches gehabt, wohl leiden sie fast alle an Rheumatismus, da an der Arbeitsstätte dauernd Durchzug ist und sie einem dauernden Wechsel von kalter und warmer Luft unterworfen sind. Auch dieser Kranke hatte keine Anlage zur Senkfußbildung und Krampfadern.

Für Fall 2 ist zweifelsohne eine mechanische Genese anzunehmen, nur kommt hierzu noch ein Uebriges, worauf schon P a l und G l o r i e u x hingewiesen haben. Sie sahen oft die Meralgie vergesellschaftet mit Plattfüßen, und zwar konnte P a l hierüber einen sehr schönen und charakteristischen Fall mitteilen. Zu ihm kam ein Kranker mit doppelseitigen Plattfüßen, und zwar war der Senkfuß links sehr stark ausgebildet und rechts erst in Entwicklung begriffen. Bei diesem Kranken stellte P a l eine beiderseitige Meralgia paraesthetica fest, wobei als bemerkenswert hervorgehoben werden muß, daß links zu dem stärkeren Plattfuß die Meralgie auch stärker in die Erscheinung trat. Bei unserem Fall mußten wir immerhin wenigstens an eine beginnende Senkfußbildung denken, wenn sie auch objektiv noch nicht nachgewiesen werden konnte. Es scheint uns aber verdächtig, da die Kranke angibt, wenn sie Hauspantoffel trägt, also wenn das Fußgewölbe keine feste Stütze hat, daß sie heftigere Schmerzen am Oberschenkel verspüre. Wir haben die Kranke deshalb den Orthopäden überwiesen, die ihr Einlagen verordnet haben, und seit sie diese trägt, hat sie tatsächlich Linderung ihrer Beschwerden. Bei diesen Kranken, welche Plattfüße haben, ist also die statische Veränderung im Skelett- und dadurch auch im Muskelsystem die Hauptursache der mechanischen Einwirkung auf den Nerv. cutan. fem. ext.

Daß eine Zerrung des Nerven allein schon eine Meralgie, wenn auch geringen Grades, auslösen kann, lehrt N ä c k e s Selbstbeobachtung. Er „vertrat“ sich den rechten Fuß und fühlte sofort einen heftigen Schmerz in der Tiefe des Beckens. Nach 4—5 Tagen machte sich ein gewisses Ziehen im rechten Oberschenkel bemerkbar. Bei bestimmten Beinstellungen oder nach längerem Gehen und Stehen hatte er ein Gefühl, als ob die Muskeln verkürzt oder die Fascie abnorm gespannt sei, nie war es aber schmerzhaft, auch nicht bei Druck. Wenn er aber mit der Hand über den Oberschenkel fuhr, war es so, als ob vom Trochant. maj. bis zum Condylus ext. die ganze äußere Seite bis zur Mittellinie „abgestorben, pelzig, als ob eine fremde Haut darüber gespannt“ sei. Der Zustand hielt ziemlich lange an. In diesem

Falle ist also sicherlich eine rein traumatische Aetiologie anzunehmen.

Zur Frage der Druckschädigung wäre noch der Fall einer 29jährigen im 7. Schwangerschaftsmonat befindlichen Frau aus der Beobachtung Bernhardts nachzutragen, die an einseitiger Meralgie litt. Man könnte sich denken, daß hierbei der schwangere Uterus vielleicht auf den Nerven da drückte, wo er unter dem M. psoas hervorkommt.

Die anatomischen Verhältnisse liegen bei diesem Nerven (nach Freud) ähnlich wie z. B. beim Facialis und Radialis. Auch in der Chirurgie erlebt man es, wie auch bei Druck einer Hernia obturatoria auf den N. obturatorius, nicht selten, daß solche Druckschädigungen Parästhesien im Ausbreitungsgebiete des jeweils geschädigten Nerven neben Lähmungserscheinungen machen.

Als weiteres wichtiges ätiologisches Moment wird Erkältung angegeben. Bernhardt sah die Erkrankung auftreten nach längerer intensiver Abkühlung durch zu kalte Duschen, Good bei einer Anstaltswärterin, die dauernder Erkältung und Durchnässung ausgesetzt war; Warda untersuchte einen Fall, der infolge Perityphlitis lange Zeit Eisbeutel auf den rechten Unterbauch bekam, so daß er annimmt, daß Perithyphlitis und Kälteapplikation mitgewirkt haben. Donath erklärt sich die Entstehung der Meralgie so, daß durch Erkältung eine chronische Neuritis entsteht, die dann die Parästhesien hervorruft; kommt es nun zu Muskelaktionen, so können sich die Parästhesien leicht zu Schmerzen steigern. Bei seinem Kranken möchte er Luftzug als wichtigsten ätiologischen Faktor annehmen. Hedinius wieder fand die Krankheit meistens bei sehr fettleibigen Frauen, die zu Neuralgien und rheumatischen Schmerzen besonders disponiert sind. Zur Kälte hat immer noch eine Ueberanstrengung mitgewirkt. Hierher wäre wohl unser Fall 3 zu zählen. Der Mann hat sein Lebtag infolge der schlechten Temperaturverhältnisse an einer Arbeitsstätte, in der dauernd Zugluft herrscht, unter Rheumatismus zu leiden gehabt. Wird dabei dann noch die Ueberanstrengung durch Stehen auf einem Bein berücksichtigt, so wäre auch dieser Fall erklärt. Ich neige allerdings mehr zu der Annahme, daß eine mechanische Schädigung durch Druck auf den Nerven, sei es an einer Umschlagstelle oder unter der Fascia lata durch Spannung dieser die alleinige Ursache ist.

Aber auch das Gegenteil von Erkältung: dauernde intensive Hitze ist von Petri als Hauptursache herangezogen wor-

den. Er fühlte bei einem Kranken unter der Haut einen kleinen Strang mit einer Reihe schmerzhafter Knoten. Der Verlauf entsprach dem des Nerv. cutan. fem. ext. Der Kranke arbeitete den ganzen Tag am Feuer, besonders war die vordere äußere Seite des linken Oberschenkels stundenlang der Hitze ausgesetzt. Petri meint deshalb, man müsse an eine entzündliche Reaktion des Nerven denken. Hiernach würde also Claisses Hinweis, hauptsächlich traumatische und thermische Einflüsse verursachen eine Meralgia paraesthetica, zu Recht bestehen.

Neben diesen beiden Hauptursachen haben dann noch Bernhardt u. a. Infektionskrankheiten, Intoxikationen, Stoffwechselkrankheiten, Alkoholismus und Autointoxikation (Dyspepsie) bei nervöser Disposition verantwortlich gemacht, bis dann Rosenheck — wie schon eingangs erwähnt — die ganze bisherige Auffassung von dem Wesen der Erkrankung ablehnte, und durch die Annahme ersetzte, daß durch Druck auf die 2. oder 3. Lendenwirbelwurzel das Syndrom der Meralgia paraesthetica hervorgerufen wird; denn er gibt an, daß bei seinen Fällen klinisch und auch röntgenologisch Arthritis der Lendenwirbelsäule nachgewiesen werden konnte. Oft sah er hierbei auch Schmerzen im Gebiete des N. cruralis ant., genito-cruralis und Ischias. Auf Grund eigener Beobachtung und auf Grund des Literaturstudiums muß gesagt werden, daß diese Ansicht zum mindesten nur für seltene Fälle zutrifft. Wir glauben vielmehr mit Sicard und Leblanc, daß es eine primäre — sie sagen essentielle — und eine sekundäre Meralgie gibt. Darauf hat schon Bernhardt hingewiesen. Er beobachtete die Sensibilitätsstörung im Gebiete des Nerv. cutan. fem. ext. lange Zeit als das einzige Symptom, als Läsion des 1.—3. Lumbalsegments, bis dann noch im Laufe der Zeit mehrere Merkmale dazu kamen, die die Diagnose Hämatomyelie sicherten. Chipault machte einen Unterschied zwischen echter und Pseudomeralgie bei Läsion der 1.—3. Lendenwirbelwurzeln durch Wirbeltraumen und Tabes dorsalis. Nach Mendel kann auch das intermittierende Hinken subjektiv anfangs unter dem Bilde der Bernhardt'schen Krankheit verlaufen, letztere sogar vortäuschen.

Was die Häufigkeit des Vorkommens der Meralgie anlangt, so scheint dieselbe viel häufiger zu sein, als nach den Angaben in der Literatur geschlossen werden könnte. Das mag daher rühren, daß der Zustand vielen Aerzten unbekannt ist. Hedenius sah sie häufiger bei Frauen, Sabrazes und C. Catannes trafen sie öfter bei Männern an. Schlesinger sah sie auch

kombiniert mit einer isolierten Erkrankung des Ramus cutan. palmaris des Nervus medianus, so daß er an das häufige Vorkommen isolierter Hautnervenaffektionen glaubt.

Seltener ist der Nervus fem. med. mitbetroffen. Lasarew berichtet darüber. Er konnte in der rechten Leistengegend schmerzhafte Drüsen nachweisen. Die Ursache war nach ihm hier eine mechanische durch Kompressionen der Drüsen auf die oberflächlicher gelegenen sensiblen Aeste. Die anderen Aeste verlaufen tiefer, sind deshalb wahrscheinlich vor Druck mehr geschützt.

Aus dem bisher Gesagten leitet sich die Therapie ohne weiteres von selbst ab. Bei mechanischen Schädlichkeiten müssen diese beseitigt werden. Wenn durch Schonung nichts Wesentliches erreicht wird, kommen bei Senkfußbildungen Einlagen in Frage. In jedem Falle muß eine zweckmäßige Verteilung der Spannung von Muskeln und Fascien im Bereiche des betroffenen Beines beim Stehen und Gehen erstrebt werden. Auch wo keine ausgesprochene Senkfußbildung (Fall 2) nachgewiesen wird, kann durch individuell geformte Einlagen in die Stiefel, festere Schnürung, evtl. orthostatische Therapie Erfolg erzielt werden. Als letztes Mittel empfehlen Schlesinger und Bramwell Resektion oder Dehnung des Nerven. Bei Erkältungen wird Wärmeapplikation durch Heizkissen und Diathermie angezeigt sein. Andere Autoren haben den faradischen Strom mit gutem Erfolg angewandt, doch haben die meisten immer wieder Rezidive auftreten sehen.

Zusammenfassung.

Ich glaube dargetan zu haben, daß es sich bei der Meralgia paraesthetica:

1. Um eine selbständige (primäre) Erkrankung des Nervus femoris cutaneus externus handelt, für die in erster Linie eine mechanische Schädigung des Nerven (durch Druck oder Zug) ätiologisch in Frage kommt neben Schädigungen durch thermische Einflüsse, Infektionskrankheiten, Intoxikationen und Autointoxikationen,

2. daß gelegentlich auch die Meralgie sekundär ein Symptom einer anderweitigen Nervenkrankheit (Tabes, Hämatomyelie, intermittierendes Hinken) oder eine arthritische Lendenwirbelveränderung ist.

Ich danke an dieser Stelle Herrn Prof. Dr. F. Kehrer für die freundliche Ueberlassung des Themas und die mannigfaltigen Anregungen, die er mir hat zukommen lassen.

Literatur-Verzeichnis.

Adler: Zur Kenntnis der Bernhardt'schen Sensibilitätsstörung. Zbl. f. Neurol. 1897, Bd. 15, S. 682.

Benda: Zur Parästhesie der Hautnerven am Oberschenkel. Zbl. f. Neurol. 1897, Bd. 6, S. 256.

Bernhardt: Ueber isoliert im Gebiete des N. cutan. fem. ext. vorkommende Paraesthesien. Zbl. f. Neurol. 1895, Bd. 6, S. 242.

Derselbe: Beitrag zur Lehre der Hämatomyelia traumatica. Zbl. f. Neurol. 1900, Bd. 5, S. 198.

Bramwell: A case of meralgia paraesthetica (Bernhardtsche Sensibilitätsstörung) with a short account of condition. Edinborough med. journ. Juli, 1903.

Brisard: De la méralgie paraesthétique et de son traitement chirurgical. Trav. de neur. chir. Bd. 1, S. 1.

Catannes: vide Sabrazes.

Chipault: Pseudo-Méralgie radiculaires. Zit. n. Ref. Zbl. f. Neurol. 1901, Bd. 16, S. 762.

Claisse: Méralgie paraesthétique (névrite du femoro-cutané). Zit. n. Ref. Zbl. f. Neurol. 1899, Bd. 19, S. 887.

Donath: Ein Fall von Bernhardt — Rothscher Parästhesie (Paraesthesia n. cutan. fem. ext.). Wiener med. Wochenschr. 1897, Bd. 25, S. 509.

Duvernay: La névralgie du mémoro-cutané. Journ. de méd. de Lyon 1932, Nr. 82, S. 351.

Escat: Un cas de méralgie paraesthésique de Rot du fémoro-cutané externe. Rev. neurol. 1895, Bd. 20, S. 356.

Freud: Ueber die Bernhardtsche Sensibilitätsstörung am Oberschenkel. Zbl. f. Neurol. 1895, Bd. 11, S. 491.

Glorieux: Trois cas de paresthésies dans la domaine du nerf fémoral cutane externe (méralgie paresthésique de Roth). Policlinique 1. Dezember 1899.

Golstein: Meralgia paraesthetica (Roths or Bernhardts disease) with the report of five cases; three occuring in the same family. Amer. journ. of the med. sciences Bd. 162, Nr. 5, S. 45.

Good: Ein Fall von Bernhardtscher Sensibilitätsstörung am Oberschenkel. Zbl. f. Neurol. 1898, Bd. 2, S. 57.

Götz: Ein Beitrag zur Kenntnis der Meralgia paraesthetica. Prager med. Wochenschrift 1905, Nr. 26, S. 523.

Hedenius: Beitrag zur Lehre der Meralgia paraesthetica. Zit. n. Ref., Zbl. f. Neurol. 1903, Bd. 9, S. 410.

Horvath: Ueber Parästhesie des N. cutan. fem. lat. Wiener med. Wochenschr. 1899, Bd. 40, S. 499.

Köster: Ein Beitrag zur Bernhardtschen Sensibilitätsstörung am Oberschenkel. Zbl. f. Neurol. 1897, Bd. 6, S. 252.

Lasarew: Meralgia paraesthitica ant. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk., Bd. 34, Heft 2. 1908, S. 154.

Leblanc: vide Sicard.

Liebers: Zur Kenntnis der Bernhardt-Rothschen Krankheit. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiatrie 1916, Bd. 33, Heft 3/4, S. 204.

Longet Moser: Méralgie paréstésique. Rev. méd. de la Suisse romande 1925, Jg. 45, Nr. 14, S. 208.

V. Luzenberger: Beitrag zur Aetiologie der Bernhardtschen Sensibilität am Oberschenkel. Zbl. f. Neurol. 1896, Bd. 22, S. 1026.

Miller: Meralgia paraesthetica due to pressure of the corset. Arch. of intern. med. 1911, Bd. 2.

Derselbe: Sur les paresthésie socalisée dans la domaine du nerf femoro- cutané externe. Rev. neurol. 1915, Bd. 22.

Morton: Behandlung der Meralgia paraesthetica. Lancet, Nr. 4413.

Mozer: vide Long.

Musser und Sailer: Meralgia paraesthetica (Roth) with the report af ten cases. Journ. of. nervous and mental disease 1900, Bd. XXVII., S. 16.

Näcke: Beitrag zu den isoliert auftretenden Parästhesien im Gebiete des Nerv. cutan. fem. ext. Zentralbl. f. Nurol. 1895, Bd. 8, S. 338.

Derselbe: Das Schicksal der isoliert auftretenden Parästhesien im Gebiete des Nerv. cutan. fem. ext. und über momentanes Heißwerden der Extremitäten. Zentralbl. f. Neurol. 1912, Nr. 8. S. 495.

v. Nartowski: Ein Beitrag zur Bernhardtschen Sensibilitätsstörung. Zentralbl. f. Neurol. 1898, Bd. 23, S. 1082.

Navratzki: Ein Fall von Bernhardtscher Sensibilitätsstörung mit path.-anat. Befunde. Berlin, Ges. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. 1899, Bd. 9, S. 1.

Pal: Meralgia paraesthetica, ein Plattfußsymptom. Wiener med. Wochenschr. 1901, Bd. 14, S. 401.

Preti: Un caso di malgia parestetica da neurite nodosa. Riforma med. 1912, Bd .4, S. 85.

Rosenheck: Meralgia paraesthetica, its relation to osteoarthritis spinal vertebrae. Journ. of the amer. med. assoc. 1925, Bd. 85, Nr. 6, S. 87.

Roth: Neuralgia paraesthetica, Berlin 1895.

Sabrazes und Catannes: Meralgia paresthésique, Rev. de méd. 1897. S. 854.

Sailer: vide Musser.

Schlesinger: Die Meralgia paraesthetica (Bernhardtsche Sensibilitätsstörung) und ihre Bedeutung für die Chirurgie, Zentralbl. f. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1900, Bd. 7, S. 145.

Derselbe: Zur Lehre von den multiplen Hautnervenaffektionen, zugleich ein Beitrag zur Klinik der Meralgia paraesthetica. Festschrift für Prof. Neumann, Wien 1900.

Shaw: Paraesthesia of the extern femoral region. Newyork med. journ. 1897, Bd. 7, S. 156.

Sicardet Leblanc: Méralgies parésthésique secondaires. Soc. de neurol. 2. VII. 1912.

Sittig: Ueber Sensibilitätsstörungen im Gebiete des N. cutan. fem. lat. (Bernhardtsche Krankheit), besonders nach Appendektomie. Med. Klin. 1928, S. 209.

Traugott: Kasuistischer Beitrag zur Bernhardtschen Sensibilitätsstörung am Oberschenkel. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. 1898, Bd. III, S. 416.

Warda: Ein Fall von Neuritis des N. cutan. fem. ext. Zentralbl. f. Neurol. 1897, Bd. 20, S. 948.

Lebenslauf.

Ich, Wilhelm K l i m k e , bin am 10. Juni 1898 als Sohn kath. Eltern in Essen-Borbeck geboren. Von Ostern 1904 ab besuchte ich die Volksschule und zuletzt die Humboldt-Oberrealschule in Essen, die ich Ostern 1918 mit dem Zeugnis der Reife verließ. Anschließend daran belegte ich in Münster (Westf.) Mathematik, Physik und Chemie. Von Juni 1918 bis zum 30. November 1918 wurde ich zum Militärdienst eingezogen. Danach studierte ich in Münster weiter. Mit Beginn des Sommer-Semesters 1919 sattelte ich zum Medizinstudium um, zog im Winter-Semester 19 / 20 nach Marburg / Lahn, bestand dort im Herbst 1921 die ärztliche Vorprüfung und am 16. November 1925 das ärztliche Staatsexamen. Bis zum 31. August 1926 war ich Medizinalpraktikant in der Chirurg.-gynäkol. Abt. des Kreiskrankenhauses Leisnig / Sa. (Chefarzt Dr. Nobe) und bis zum 31. Dezember 1926 in der Inneren Abteilung des Bezirkskrankenhauses Rabenstein / Sa. (Chefarzt Dr. Speck).

Am 1. Januar 1927 bekam ich die Approbation als Arzt. Vom 1. Jan. 1927 bis 31. Dez. 1928 war ich Assistent im Path. Inst. Dortmund (Direktor Prof. Dr. H. Schridde). Ab 1. Jan. 1929 bin ich Hilfsassistent in der Psychiatrischen und Nervenklinik der Univ. Münster (Direktor Prof. Dr. F. Kehrer.)